

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° 532

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert THOMAS

Né à Saint-Priest-Taurion (Haute-Vienne), le 21 novembre 1900

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Ancien interne de Saint-Lazare

CONSIDÉRATIONS

sur les

ÉPITHÉLIOMAS CYLINDRIQUES

DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Président : F. LEMAITRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert THOMAS

Né à Saint-Priest-Taurion (Haute-Vienne), le 21 novembre 1900

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Ancien interne de Saint-Lazare

CONSIDÉRATIONS

sur les

ÉPITHÉLIOMAS CYLINDRIQUES

DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Président : F. LEMAITRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	N...
	N...
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 N... Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

V. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DEBRÉ Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 FIESSINGER .. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LEVASTINE. Clinique médicale.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
 MATHIEU Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 PROUST Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEIL-HALLÉ.....	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MES CHERS PARENTS

A MA SŒUR

A MON ONCLE

GEORGES DE CROIZANT

A MES PARENTS ET A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FERNAND LEMAITRE

Professeur de Clinique O.-R.-L. à la Faculté

*Qui m'a inspiré ce travail et n'a
cessé de me témoigner sa bienveil-
lante sollicitude. En témoignage de
ma gratitude sincère et de mon res-
pectueux dévouement.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR PIERRE SÉBILEAU

Professeur honoraire de Clinique O.-R.-L. à la Faculté

Chirurgien honoraire de l'Hôpital Lariboisière

Membre de l'Académie de Médecine

*En témoignage de ma profonde
reconnaissance pour son enseigne-
ment et l'affectueux intérêt qu'il m'a
toujours manifesté pendant l'heu-
reuse année d'Internat vécue à Lari-
boisière sous sa direction.*

A MES AUTRES MAÎTRES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

M. LE DOCTEUR GRIVOT

Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Antoine

En témoignage de ma respectueuse gratitude.

M. LE DOCTEUR ROUGET

Laryngologiste de l'Hôpital Trousseau

En le remerciant de l'accueil si cordial qu'il m'a toujours réservé. Qu'il veuille bien trouver ici un modeste témoignage de ma reconnaissance et de mon respectueux dévouement.

M. LE DOCTEUR BOURGEOIS

Laryngologiste de l'Hôpital Laënnec

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

LEROUX, AUBIN

Laryngologistes des Hôpitaux

A MES MAÎTRES ET AMIS

MM. LES DOCTEURS AUBRY, HUET

Laryngologistes des Hôpitaux

AUX DOCTEURS

DUFOURMENTEL, BONNET-ROY.

RUPPE

Stomatologiste des Hôpitaux

REMY-NÉRIS, MADURO

Chefs de clinique à la Faculté

LALLEMANT, LEMARIEY

CAUSSÉ

A MES COLLÈGUES ET AMIS

LES DOCTEURS : GEORGES, ROSSERT

Anciens chefs de clinique à la Faculté

HAMON, BÉRARD

BÉNECH, LACAILLE

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR GUILLEMOT

Médecin de l'Hôpital Bretonneau

M. LE DOCTEUR WEIL-HALLÉ

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

M. LE DOCTEUR SAUVÉ

Chirurgien de Lariboisière

M. LE DOCTEUR F. RAMOND

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

MARTIN

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

CHEVALLIER

Médecin de l'Hôpital Cochin

DESPLAS

Chirurgien des Hôpitaux

LEVEUF

Chirurgien des Hôpitaux

AUX DOCTEURS :

R. CASTÉLAN

LIÈGE

Chef de clinique à la Faculté

LAFFAILLE

JACQUEMAIRE-CLEMENCEAU (*in memoriam*)

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE LIMOGES

MM. LES DOCTEURS :

RAYMONDEAU

THOUVENET

Hommage reconnaissant.

DESCAZALS

DUTHEILLET DE LAMOTHE

Qui m'a dirigé vers l'Internat.

Hommage de respectueux attachement.

DE LÉOBARDY

A MES MAÎTRES DE L'INFIRMERIE DE SAINT-LAZARE

MM. LES DOCTEURS :

POUPARDIN (*in memoriam*)

EYMERI

CLÉMENT SIMON

CHALET

*En témoignage de mon amitié
sincère.*

A MON VIEIL AMI HENRI GORCEIX

Externat

1924. — M. LE DOCTEUR GUILLEMOT
1925. — M. LE DOCTEUR PAGNIEZ
1926. — M. LE DOCTEUR WEIL-HALLÉ
M. LE DOCTEUR BOURGEOIS

Internat provisoire

1927. — M. LE DOCTEUR SAUVÉ
1928. — M. LE DOCTEUR F. RAMOND
M. LE PROFESSEUR BEZANÇON

Internat

1928-1932

- M. LE DOCTEUR CHEVRIER
M. LE DOCTEUR GRIVOT
M. LE PROFESSEUR SÉBILEAU
M. LE PROFESSEUR LEMAITRE
M. LE DOCTEUR ROUGET

CONSIDÉRATIONS
sur les
ÉPITHÉLIOMAS CYLINDRIQUES
DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Introduction

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment dans le service de notre maître le Professeur F. Lemaître un cas typique d'épithélioma cylindrique du maxillaire supérieur.

N'ayant pas trouvé de travail d'ensemble sur ce sujet, il nous a paru qu'il pourrait être intéressant d'entreprendre l'étude de ce chapitre particulier que constituent les épithéliomas cylindriques parmi les diverses variétés d'épithélioma du maxillaire supérieur, afin de préciser les caractères histologiques de ces tumeurs et d'énoncer les conclusions thérapeutiques auxquelles on est arrivé et auxquelles il semble qu'on doive se tenir pour le moment.

Nous n'envisagerons donc, au cours de cette étude, qu'un type histologiquement bien défini : l'épithélioma cylindrique du maxillaire supérieur ou

du moins à prédominance nettement sinusienne car l'on sait combien il peut être difficile dans les épithéliomas du maxillaire supérieur déjà étendus d'envisager isolément sinus maxillaire et ethmoïde ou de déterminer le point de départ de la tumeur.

Il s'agit là d'une forme évidemment rare d'épithélioma puisque en parcourant la littérature médicale, nous n'en avons trouvé mentionnés qu'un nombre très limité de cas. Et encore, s'agit-il presque toujours de variétés atypiques d'épithélioma cylindrique sur lesquelles nous ne pouvons nous baser pour étayer notre travail.

D'autres observations sont insuffisantes pour nous aider car trop succinctes au point de vue du diagnostic histologique aussi bien d'ailleurs qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Enfin, un certain nombre n'envisagent que les épithéliomas cylindriques des fosses nasales, ou plutôt les épithéliomas cylindriques ethmoïdaux ou à prédominance ethmoïdale. Or, comme on le sait, cette variété histologique d'épithélioma se rencontre assez fréquemment à ce niveau. Nous ne pouvons cependant dans notre étude passer ces cas sous silence, vu les rapports si étroits du sinus maxillaire et de l'ethmoïde et la fragilité de la barrière qui les sépare, vu par suite l'impossibilité le plus souvent d'établir d'une façon même approximative le point de départ sinusien ou ethmoïdal d'un épithélioma. Mais, ils ne nous intéresseront qu'éventuellement car tout l'intérêt de notre étude ne porte que sur

les épithéliomas développés aux dépens du sinus maxillaire et en tout cas à prédominance nettement sinusienne.

Ajoutons qu'à côté de ces cas, nous en avons relevé d'autres incomplètement étudiés, où les résultats histologiques n'ont pas été peut-être suffisamment contrôlés : ils n'envisagent en effet souvent que les résultats de l'examen d'un ou de plusieurs fragments fournis par une biopsie pré-opératoire, mais négligent de citer l'examen histologique de la pièce opératoire qui seul permet d'affirmer qu'il s'agissait bien d'un épithélioma cylindrique et d'un épithélioma cylindrique pur, sans aucune pénétration et, en aucun point, d'éléments de nature différente. Quant au traitement pratiqué dans les quelques cas que nous relevons, il se ressent de la diversité des conceptions et des difficultés dans lesquelles on se trouve parfois pour conclure d'une façon formelle de l'examen histologique insuffisamment poussé à l'existence d'un type d'épithélioma très rarement rencontré au niveau du sinus maxillaire.

Nous avons tenu en ce qui nous concerne à ne faire porter notre étude que sur des cas absolument nets et purs d'épithélioma cylindrique du maxillaire supérieur. Et, pour que ceux-ci ne puissent donner lieu à aucune fausse interprétation, à aucune discussion sur leur type histologique, nous n'avons conservé que les cas où la biopsie pré-opératoire a vu ses résultats confirmés par l'examen des

pièces post-opératoires, portant sur tous les points de la tumeur extirpée, et nous avons éliminé systématiquement tous les cas dont le diagnostic histologique pouvait prêter au moindre doute.

Aussi, ne pouvons-nous faire porter nos observations que sur un nombre très restreint de cas, ce qui n'a rien pour nous surprendre si l'on considère la rareté de ces tumeurs.

Malgré, ou peut-être à cause justement de cette rareté, ces tumeurs méritent d'être envisagées au point de vue de certains caractères très particuliers.

En effet, elles rappellent par leur aspect histologique d'autres formes d'épithélioma cylindrique de l'organisme et de ce fait, elles présentent les mêmes réactions ou du moins des réactions analogues aux traitements qu'on tente de leur opposer : c'est-à-dire que les épithéliomas cylindriques du maxillaire supérieur sont de tous les épithéliomas ceux qui sont le moins sensibles aux radiations. Or cette sensibilité très atténuée qui explique leur gravité semble devoir faire préférer à la radio ou radium-thérapie qui se révèlent inefficaces le traitement chirurgical dans les cas où, évidemment, celui-ci ne rencontrerait pas de contre-indications manifestes tirées de l'extension de la tumeur ou de l'état général. Et il semble par suite que, pour cette variété de tumeur, on doive revenir aux résections larges du maxillaire supérieur, celles-ci pouvant même aller jusqu'à la résection totale typique de Farabeuf qu'à la suite de notre maître, M. le Professeur Sébi-

leau, on a abandonné à l'heure actuelle, et avec raison, au profit de la résection à la demande en ce qui concerne les autres variétés de tumeurs du maxillaire supérieur.

Si dans ces dernières, en effet, on peut espérer parfaire les résultats d'une chirurgie partielle et économique par l'usage des radiations, il n'en va pas de même pour les épithéliomas cylindriques où il semble qu'on ne puisse compter que sur la chirurgie et sur une chirurgie large enlevant en bloc les lésions.

Nous envisagerons successivement l'histologie de ces tumeurs en nous efforçant d'exposer aussi clairement que possible leurs principaux caractères histologiques, puis l'histoire clinique pour dire qu'elle ne diffère en rien de celle des autres variétés et qu'elle ne trouve sa conclusion que dans l'examen histologique systématique et répété.

Nous terminerons par quelques considérations sur le traitement qui, à l'égard de ces tumeurs, est essentiellement chirurgical et nous envisagerons en cours de route quelques points particuliers intéressant le diagnostic histologique d'une part, les indications thérapeutiques de l'autre.

Nous avons été grandement facilités dans cette étude par le fait que nous avons eu l'occasion et la possibilité de suivre tout à loisir dans le Service de notre maître le Professeur Fernand Lemaitre les malades sur lesquels portent nos observations et de renouveler autant qu'il était nécessaire le prélève-

ment des fragments en vue de contrôler les uns par les autres les examens histologiques successifs.

Nous remercions le Docteur Ardoin, chef de laboratoire à la Faculté, qui nous a apporté une aide précieuse dans l'étude des coupes histologiques pratiquées dans le service.

Nous adressons enfin nos remerciements au Docteur Lacassagne, de l'Institut du Radium, et au Docteur Pierquin, électro-radiologiste de l'Intitut Pasteur, qui nous ont accueilli si obligeamment dans leur service.

Rappel des travaux relatifs à la question des épithéliomas cylindriques du maxil- laire supérieur.

Nous avons vu que les épithéliomas cylindriques du maxillaire supérieur sont, en tant que variété histologiquement pure, des tumeurs très rares, s'opposant ainsi aux épithéliomas cylindriques des fosses nasales, en particulier à ceux qui se développent aux dépens du labyrinthe ethmoïdal et qui sont relativement fréquents.

Aussi n'est-on pas étonné lorsqu'on parcourt la littérature médicale, de trouver peu d'allusions aux caractères particuliers de ces tumeurs et pas davantage de tentatives pour dégager de leurs caractères histologiques quelques idées directrices pour le traitement.

La plupart des travaux publiés durant ces dernières années portent sur l'étude des épithéliomas du maxillaire supérieur en général et cherchent à mettre au point le traitement de ces tumeurs, marquant chacun une étape dans l'évolution de la thérapeutique.

Telles sont les thèses :

de Cornet, 1924, sur la résection partielle à la demande des épithéliomas du massif facial.

de Verget, 1925, sur le traitement associé de la chirurgie et de la radiumthérapie dans les épithéliomas du maxillaire supérieur.

Tels encore :

le travail plus récent de Portmann et Retrouvey sur les épithéliomas du nez, des fosses nasales, des cavités accessoires et du naso-pharynx (Doin, éditeur, Paris, 1927) ;

l'exposition des conceptions d'Hautant sur le traitement des épithéliomas du maxillaire supérieur à la lumière des travaux récents (in *Annales O.-R.-L.* 1928).

Des observations ou des publications nombreuses envisagent les diverses variétés de tumeurs rencontrées au niveau du maxillaire supérieur (épithélioma, sarcome, cylindrome) mais sans s'arrêter à l'épithélioma cylindrique.

C'est tout au plus si, dans les travaux que nous venons de citer, on relève de temps à autre quelques lignes ramassant les caractères généraux des épithéliomas cylindriques, soulignant par exemple leur situation au sommet de l'échelle de malignité croissante des tumeurs du maxillaire supérieur, leur moindre sensibilité aux radiations, sans préciser autrement leurs caractères histologiques et sans

tenter d'en tirer quelques conclusions quant à leur traitement.

Rares sont les observations se rapportant à la variété histologique qui nous occupe. L'excessive rareté de ces cas s'explique probablement par la tendance habituelle des épithéliomas du maxillaire supérieur à se développer sur une muqueuse métaplasiée, comme l'a fait remarquer notre maître le Professeur Lemaître.

Et malgré cela, force nous a été d'éliminer un certain nombre d'observations pour ne conserver que celles où l'examen histologique n'offrait pas prise au doute sur la nature de ces tumeurs.

Or, parmi celles-ci, la plupart semblent se rapporter plutôt aux épithéliomas cylindriques de l'ethmoïde ; elles n'indiquent pas d'ailleurs exactement quel était le degré d'extension de la tumeur du côté du maxillaire.

Enfin, même dans les cas qui semblent se rapporter à notre étude, rien ne permet d'affirmer à la lecture des observations qu'il ne se mêlât pas en d'autres zones des éléments de nature différente.

Mais, à côté des rares cas relevés dans la littérature, nous avons pu en observer dans le service un cas tout dernièrement : Nous y joindrons lorsque nous envisagerons le diagnostic biopsique, quelques observations qui nous paraissent intéressantes au point de vue histologique par les confusions auxquelles elles auraient pu prêter et par les erreurs

qu'elles auraient pu faire commettre quant aux indications thérapeutiques, si l'on n'avait eu la précaution de renouveler l'examen tant avant qu'après l'opération et de le faire porter ainsi sur tous les points de la tumeur.

Etude histologique des épithéliomas du maxillaire supérieur.

I. — RAPPEL D'HISTOLOGIE NORMALE DE LA MUQUEUSE SINUSIENNE.

Avant d'aborder les caractères histologiques des épithéliomas cylindriques rappelons en quelques mots la constitution de la muqueuse qui tapisse le sinus maxillaire à l'état normal.

Normalement, le sinus maxillaire est revêtu d'une muqueuse émanée de la pituitaire et présentant trois plans superposés :

Le chorion constitué par du tissu conjonctif lâche et renfermant dans ses couches superficielles des glandes muqueuses peu abondantes et peu volumineuses.

La basale.

Un épithélium cylindrique stratifié et cilié d'une épaisseur de 25 à 30 μ et comprenant deux ordres de cellules :

des cellules basales, reposant sur la basale, et entre lesquelles s'insinuent l'extrémité profonde des cellules superficielles.

Ces cellules superficielles sont très hautes, cylin-

driques ; leur surface présente un plateau de cils vibratiles.

Quelques cellules à mucus s'insinuent entre les cellules ciliées.

Mais, avant de terminer ce rappel d'histologie normale, rappelons que si les muqueuses des fosses nasales et du sinus ont la même structure histologique, les épithéliomas qui s'y développent présentent cependant, au point de vue histologique, des différences nettes et remarquables, comme nous le verrons en cours de route.

II. — HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Dans la majorité des cas, les revêtements épithéliaux normaux du maxillaire supérieur atteints par le processus néoplasique sont profondément modifiés et ceci même en raison des inflammations chroniques qui sont à la base de l'hyperplasie. Ces épithéliomas sont donc presque toujours des épithéliomas métaplasiques : le revêtement cylindrique est alors remplacé par un revêtement pavimenteux stratifié. Ils se trouvent donc morphologiquement superposables aux épithéliomas spino ou baso-cellulaires des muqueuses.

Rappelons à ce sujet que, pour notre maître le professeur Lemaître, les épithéliomas du sinus maxillaire se développent pratiquement toujours sur une muqueuse métaplasiée et qu'ils sont d'ordinaire des épithéliomas pavimenteux baso-cellulaires et même parfois spino-cellulaires.

Cependant, cet épithélium respiratoire peut subir une métaplasie épidermoïde plus ou moins active. Elle peut même dans certains cas n'être qu'à peine ébauchée : dans certaines préparations, à côté de transformations pavimenteuses absolues, il n'est pas rare de trouver certaines zones où les cellules épithéliales sont vaguement polyédriques et stratifiées encore régulièrement, pressées les unes contre les autres, sans filaments intercellulaires ; les cellules se rapprochent beaucoup plus du type cylindrique que du type malpighien.

D'où l'on peut conclure que :

Au niveau du sinus maxillaire, le type épidermoïde est celui le plus fréquemment rencontré, avec malgré tout des formes de transition ou peut-être plutôt des formes mixtes où l'on peut suivre assez bien les phénomènes métaplasiques. Les épithéliomas cylindriques purs sont ici une rareté.

Au niveau des fosses nasales, au contraire, c'est le type cylindrique qui prédomine sur le type malpighien et là s'affirment les particularités que nous avons déjà indiquées.

Ajoutons qu'à côté de la forme cylindrique certains auteurs ont décrit des formes cylindriques colloïdes, des formes adéno-carcinomateuses, des formes carcinomateuses alvéolaires, et nous devons en effet rappeler que l'épithélioma glandulaire s'il peut se rencontrer au niveau des fosses nasales, se retrouve beaucoup plus rarement au niveau du sinus maxillaire.

Nous tâcherons en premier lieu de tirer les caractères généraux histologiques des épithéliomas cylindriques de l'étude de quelques préparations tout à fait typiques.

Dans sa forme typique, pure, l'épithélioma cylindrique du maxillaire supérieur présente des caractères bien particuliers sans que viennent s'y ajouter des éléments pouvant apporter la signature d'une évolution épidermoïde.

Sur les coupes on constate un caractère que l'on doit retrouver en tous les points de la tumeur examinée : c'est la présence sur toutes les zones d'un épithélium de revêtement cylindrique. Cet épithélium tapisse des villosités formées d'axes conjonctivo-vasculaires de même que les tubes qui pénètrent le tissu conjonctif.

Il est formé de cellules cylindriques, hautes, réparties sur une ou plusieurs couches, reposant quelquefois sur une basale, plus souvent peut-être pénétrant au-dessous après effraction de cette basale.

On note en général de nombreuses mitoses avec presque toujours une activité karyocinétique marquée.

Et partout, cet épithélioma conserve son aspect d'épithélioma cylindrique avec des caractères bien précis, aucun processus métaplasique malpighien ne vient troubler l'aspect de ces coupes quel que soit le point où celles-ci aient porté.

Mais, à côté de cette forme d'épithélioma du maxillaire supérieur, forme pure, typique, il est

d'autres variétés que nous nous réservons d'ailleurs d'envisager au diagnostic histologique et qui perdent cette pureté, justement parce que d'autres éléments viennent s'y mêler, qui la troublent.

C'est ainsi que nous citerons dès maintenant une forme intermédiaire entre l'épithélioma cylindrique et l'épithélioma pavimenteux, sans différenciation pavimenteuse bien précise: il s'agit plutôt d'une forme mixte qui présente parfois, à un degré de plus, au milieu d'une processus nettement épidermoïde des îlots à différenciation cylindrique et qui relève de la thérapeutique (chirurgie, curithérapie) appliquée habituellement aux épithéliomas du maxillaire supérieur.

C'est ainsi encore qu'on peut rencontrer d'autres formes anormales rappelant par endroit un faux aspect de cylindrome, ce qui, à un examen superficiel, pourrait entacher d'erreur le diagnostic histologique.

III. — DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE.

Ainsi l'examen histologique approfondi seul permettra de déterminer la nature exacte de la tumeur. Mais nous ne pouvons nous empêcher de répéter que cet examen histologique doit être pratiqué sur plusieurs fragments prélevés par biopsie avant l'intervention et qu'il faut contrôler les résultats préopératoires par l'étude de la tumeur enlevée, étude qui doit porter en tous ses points pour ne pas lais-

ser échapper quelque élément surajouté et ne pas faire courir le risque d'affirmer à la légère épithélioma cylindrique du maxillaire supérieur : on sera d'ailleurs automatiquement porté à contrôler sévèrement le diagnostic vu la rareté des cas d'épithélioma cylindrique du maxillaire supérieur.

Cette nécessité de revoir les coupes et de les sérieier tient à ce fait qu'il existe certaines variétés d'épithéliomas qui, par leur aspect, pourraient prêter parfois facilement à une fausse interprétation.

Tels sont par exemple certaines formes mixtes d'épithéliomas qui présentent en certaines zones l'aspect d'épithélioma cylindrique et en d'autres un processus pavimenteux.

A celles-ci se rattache en particulier le cas histologique que nous citons où les premiers examens, bien que répétés pourtant, ne révélaient qu'un épithélioma cylindrique alors que l'étude de la tumeur extirpée indiquait en plusieurs autres endroits, très éloignés parfois du point où avaient porté les biopsies, une évolution différente et qui primait.

Mlle M... Epithélioma du sinus maxillaire

Opérateur : M. le Professeur Lemaître.

Examens histologiques : Dr Ardoin.

Aux premiers examens : aspect d'épithélioma cylindrique.

Aux examens ultérieurs :

On note 2 zones très différentes dans une même préparation :

Dans la première, chaque cordon est délimité par de hautes

cellules cylindriques à noyau hyperchromatique et très serrées les unes contre les autres. Très nombreuses anomalies nucléaires et cytoplasmiques. Activité karyocinétique intense.

Dans une deuxième zone au contraire, les cellules ont perdu toute différenciation cylindrique (on retrouve toutefois quelques cellules hautes, mais profondément altérées). Elles ont fait place à des cellules polyédriques granuleuses et vacuolaires groupées en amas lobés et saillants dans le tissu mésenchymateux. Les cellules néoplasiques s'insinuent dans le tissu conjonctif. Absence de filaments intercellulaires. Grosses altérations nécrotiques.

Conclusion: Epithélioma métaplasique, cylindrique par endroits avec formes de transition.

Intermédiaire entre cylindrique et pavimenteux, mais sans différenciation pavimenteuse bien précise.

Se rattachent encore à cette variété, des formes à évolution épidermoïde avec des îlots disséminés à différenciation cylindrique.

Il nous reste encore à citer deux cas assez particuliers que nous n'avons pas voulu joindre sans réserves aux observations types que nous citons plus loin, car ils'agit d'épithéliomas cylindriques atypiques.

M. I... Epithélioma cylindrique du maxillaire supérieur avec association d'épithélioma glandulaire atypique.

L'examen histologique (Dr Ardoin) montre que les différents fragments sont revêtus d'épithélium cylindrique tapissant les villosités et les tubes qui pénètrent profondément.

ment le tissu conjonctif sous-jacent. L'épithélium de revêtement est de type cylindrique absolument pur, avec cellules hautes réparties le plus souvent sur une ou deux couches. Nombreuses mitoses.

En profondeur nombreuses cavités peu volumineuses à revêtement cylindrique identique à celui ci-dessus décrit. Mais les cellules sont beaucoup plus volumineuses et bourgeonnantes. Elles présentent une très grande activité karyocytnétique. Infection secondaire surajoutée.

M. F... Epithélioma cylindrique pur du maxillaire sans phénomènes de métaplasie malpighienne avec faux aspect de cylindrome (D^r Ardoin).

L'examen histologique montre une structure histologique très complexe :

Axes conjonctivo-vasculaires, pauvres en collagène qui sont le siège d'un infiltrat inflammatoire polymorphe.

Ces axes sont tapissés par un épithélium cylindrique irrégulièrement stratifié ; mais à leur extrémité, les cellules cylindriques ou cylindro-cubiques bourgeonnent, aboutissant à la formation de véritables grappes irrégulières.

Ce tissu épithélial proliféré et de nombreuses cellules épithéliomateuses envahissent le tissu conjonctif sous-jacent.

En d'autres points, les cellules épithéliomateuses s'ordonnent en amas irréguliers, au sein desquels se trouvent réparties des cavités multiples arrondies ou ovalaires. Ces cavités qui rappellent de très loin les corps oviformes du cylindrome sont remplies de polynucléaires, de lymphocytes et d'un peu de substance muco-hyaline.

Nombreuses mitoses anormales un peu partout. Les

axes conjonctifs comprennent de nombreux capillaires néoformés et d'importants infiltrats à polynucléaires et lymphoplasmocytes. En certains endroits aspect hyalin du tissu conjonctif.

Ainsi, perçoit-on les difficultés du diagnostic histologique qui commandent de ne conclure qu'avec prudence de ces examens et qu'après s'être entouré de toutes les précautions nécessaires pour éviter la confusion ou l'erreur.

On conçoit combien il pourrait être préjudiciable pour le malade et combien il serait plus grave encore au point de vue du pronostic, de porter le diagnostic d'épithélioma cylindrique du maxillaire supérieur, celui-ci semblant insensible aux radiations et ne paraissant relever que d'une chirurgie élargie. Mieux vaudrait encore à notre avis, se tromper dans l'autre sens et méconnaître un épi cylindrique quitte à faire une application de radium qui n'aura que l'inconvénient d'être à peu près inefficace si par ailleurs on ne se contente pas d'une exérèse économique. Et cette remarque vaut du fait de la rareté de l'épithélioma cylindrique au niveau du maxillaire supérieur à côté des autres variétés habituellement rencontrées.

En résumé :

Donc, sachant combien est rare la variété histologique dénommée épithélioma cylindrique au niveau du sinus maxillaire, contrairement à la fréquence relative de sa localisation dans les fosses

nasales, on ne manquera pas, avant de conclure fermement à épithélioma cylindrique, de pratiquer plusieurs biopsies dans les fosses nasales si la tumeur est procidente, dans le sinus lui-même pour avoir des fragments en pleine tumeur au besoin, par Cadwell Luc ou par Claoué, à condition que l'intervention suive de près cette biopsie chirurgicale. On ne manquera pas non plus de faire un examen de contrôle sur la tumeur enlevée et de faire porter cet examen sur tous les points de la tumeur.

On évitera ainsi de conclure à un épithélioma cylindrique alors qu'il peut s'agir seulement d'îlots à différenciation cylindrique disséminés dans un processus épidermoïde.

On conçoit l'importance d'une méthode d'examen rigoureuse au point de vue du pronostic et du traitement car, au cas d'épithélioma cylindrique on voit s'effondrer les espérances que dans les autres variétés on peut fonder sur les traitements chirurgical et curiethérapique associés. Par contre, au cas où l'examen histologique de la pièce opératoire infirmerait les résultats des biopsies préopératoires en montrant, à côté des zones d'aspect cylindrique révélées par celles-ci, des zones de transformation épidermoïde, une application de radium s'imposerait dans les jours qui suivent l'intervention.

Symptomatologie

Pas plus que les autres variétés histologiques d'épithélioma du maxillaire supérieur, les épithéliomas cylindriques n'ont une symptomatologie propre. Ils revêtent l'aspect évolutif général de tous les épithéliomas sinusiens et ethmoïdaux, c'est-à-dire qu'ils présentent comme eux une allure sournoise. Comme eux ils restent latents pendant une longue période pour ne se révéler que tardivement par des signes d'extériorisation.

Et il semblerait même que les épithéliomas cylindriques du maxillaire supérieur aient une évolution encore plus lente que les autres variétés histologiques ; ce serait là, si c'en est un, le seul caractère clinique qui leur appartiendrait en propre, mais qu'il resterait encore à vérifier par d'autres observations. Ce serait d'ailleurs un signe de bien peu de valeur, car on sait combien souvent lente et sournoise est la marche des épithéliomas des cavités de la face.

Il n'est pas rare que, comme les autres tumeurs du maxillaire, ces épithéliomas évoluent sous le masque d'une sinusite d'allure souvent torpide et

qu'ils soient une découverte opératoire. Et pourtant, si le diagnostic doit être précoce pour toutes les tumeurs du maxillaire supérieur, à plus forte raison doit-il l'être pour cette variété contre laquelle le traitement ne peut, comme nous le verrons, mettre en œuvre les mêmes ressources que pour les autres formes histologiques.

Il faudra donc s'efforcer de démasquer les épithéliomas du maxillaire sous leur évolution latente ou sous la sinusite qui les cache.

L'éveil en sera parfois donné pour un esprit attentif et prévenu par les petits signes précurseurs bien décrits par notre maître le Professeur Sébilleau, mais qui, pour la plupart, ne sont malheureusement déjà que des signes avant-coureurs d'extériorisation.

Quelques-uns cependant peuvent attirer très précocement l'attention et peuvent alors permettre d'intervenir à une phase encore pas trop avancée où parfois l'on aura la surprise agréable de trouver un ethmoïde postérieur (le point noir des épithéliomas du maxillaire supérieur) non encore atteint et où l'on pourra par suite espérer une éradication complète des lésions, seul espoir de guérison des épithéliomas cylindriques du maxillaire.

Nous nous permettrons seulement de rappeler parmi ces signes du tout début les névralgies dentaires tenaces accompagnant une sensation de lourdeur permanente de l'hémiface, parfois un épistaxis à répétition dans une fosse nasale. Il est

bien rare qu'en présence de ces troubles un examen pratiqué montre une fosse nasale encore libre, une joue, un rebord alvéolaire ou orbitaire encore intacts ; il est bien rare que la radiographie pratiquée pour vérifier et expliquer une diaphanoscopie qui ne peut jamais révéler qu'un sinus obscur, il est bien rare que cette radiographie ne montre, elle aussi, qu'une obscurité sinusienne sans effraction des parois en quelque point et sans atteinte de l'ethmoïde. Et si dans ces cas on ne pense pas à pratiquer l'examen des particules recueillis parmi le pus ou les débris ramenés par le lavage du sinus, si l'on n'a pas recours à la radiographie lipiodolée (que l'injection soit faite au trocart ou par la méthode de transvasement de Lemée et Bouchet) on passe à côté du vrai diagnostic.

On sera en effet souvent aiguillé vers une sinusite maxillaire et ce sera à l'ouverture du sinus qu'on fera le diagnostic d'après l'aspect des masses qui encombrant la cavité sinusienne ou encore par le bourgeonnement qui parfois se développe quelque temps après l'intervention sur les parois sinusiennes.

Mais ce sont là bien souvent erreurs inévitables et d'ailleurs faciles à rectifier, l'examen histologique devant toujours contrôler la clinique.

Cependant trop souvent le malade vient consulter alors que le processus est déjà avancé, alors que l'extériorisation se manifeste déjà : qu'il s'agisse d'une asymétrie des régions canines due au gonfle-

ment ou plutôt à l'élargissement de la fosse canine du côté malade où le tissu cellulaire a perdu sa souplesse, sa mobilité; qu'il s'agisse d'un empâtement léger remplissant un peu et élargissant le sillon gingivo-jugal de ce côté; qu'il s'agisse de polypes saignants des fosses nasales ou parfois de polypes d'aspect banal qui peuvent demander plusieurs vérifications histologiques avant de donner un diagnostic histologique certain; qu'il s'agisse enfin de modifications du rebord orbitaire devenu mousse ou d'une déformation accusée des régions périmaxillaires rendant alors le diagnostic évident.

A ce moment, les divers modes d'exploration ne servent plus pratiquement que pour apprécier l'étendue des lésions.

La rhinoscopie montre presque toujours un ethmoïde envahi où la pince n'a qu'à cueillir les fragments pour une biopsie: la paroi externe des fosses nasales refoulée au début par la tumeur s'est laissée effondrer.

A la radiographie on ne demandera plus à ce moment que d'indiquer l'extension de la tumeur et l'état des parois osseuses, notions importantes quant au traitement.

Le seul diagnostic qui reste à faire à cette période est un diagnostic histologique.

Une biopsie ou même plusieurs biopsies pratiquées dans les fosses nasales sur les bourgeons préciseront déjà la variété histologique. Au cas où elle ne serait pas assez explicite, un prélèvement en

pleine tumeur pourrait devenir nécessaire. Car c'est de cet examen que dépendront les indications thérapeutiques sur l'arme à employer : radio ou radium-thérapie associées à la chirurgie ou chirurgie seule. Mais ce dernier traitement ne devra jamais être utilisé à l'état isolé que si l'examen histologique pratiqué après l'intervention sur la pièce extirpée et en tous ses points montre qu'il s'agit bien d'un épithélioma cylindrique pur.

En résumé : Les épithéliomas cylindriques pas plus que les autres variétés histologiques de tumeurs du maxillaire supérieur ne présentent une évolution spéciale ou des signes particuliers.

Comme pour les autres variétés la phase de début est silencieuse et si l'on n'est pas amené à pratiquer une intervention exploratrice, le diagnostic sera souvent une découverte opératoire.

Comme pour les autres variétés le diagnostic est évident à la phase d'extériorisation.

Ce qu'il importe alors de faire c'est un diagnostic d'extension ; mais bien souvent il est impossible de préciser l'étendue du processus, si ce n'est à l'intervention et l'on conçoit l'importance que présente pour le pronostic des épithéliomas cylindriques en particulier, la prise ou l'intégrité de l'ethmoïde.

Mais seul l'examen histologique, pratiqué selon les règles, révélera la nature exacte de ces tumeurs et permettra d'en déduire certaines conclusions thérapeutiques.

Considérations sur le traitement.

Deux données font la difficulté du traitement que l'on peut tenter d'opposer à ces épithéliomas cylindriques du maxillaire supérieur :

C'est d'abord l'insensibilité ou la sensibilité très réduite de ces tumeurs aux radiations.

C'est d'autre part le fait que la chirurgie à la demande est insuffisante dans ces cas si elle est économique. Son action ne peut en effet être complétée par celle des radiations, d'où la nécessité de la faire large et l'intérêt qu'il y aurait peut-être à revenir dans ces cas exceptionnels à la résection typique du maxillaire supérieur.

I. — INSUFFISANCE DES RADIATIONS.

Insensibles aux radiations du fait de leur nature, les épithéliomas cylindriques du maxillaire supérieur se comportent en cela comme les autres épithéliomas cylindriques de l'organisme. A vrai dire, ils ne sont pas absolument insensibles, mais leur sensibilité aux radiations est si atténuée qu'il faudrait pour les stériliser des doses de radium tellement élevées que tous les tissus environnants seraient frappés de

nécrose ; et comme parmi ces tissus se trouvent des os, dont le plafond de l'ethmoïde avec le voisinage de la lame criblée, on voit à quel danger exposeraient les lésions d'ostéo-radio-nécrose secondaire à l'application des radiations.

Comme ces doses sont pratiquement inutilisables, force est donc de se rabattre sur la chirurgie. Faisons toutefois la réserve qu'une application de radium ne pourrait être indiquée qu'au cas où l'on conserverait quelques doutes sur la valeur d'un examen histologique. Alors dans ce cas, pour se libérer de la crainte de faire une intervention insuffisante, peut-être vaudrait-il mieux, par prudence, recourir à une pratique de sécurité, en appliquant délibérément du radium en fin d'intervention, celle-ci ayant été pratiquée selon les règles que nous formulons plus loin.

On ne saurait, en effet, comme nous l'avons dit, s'entourer de trop de précautions avant d'accepter le diagnostic d'épithélioma cylindrique du maxillaire supérieur. Mais celui-ci, une fois nettement posé, on ne peut plus guère compter que sur l'action chirurgicale.

II. — INSUFFISANCE DE LA CHIRURGIE LIMITÉE

MÊME ASSOCIÉE AUX RADIATIONS.

La chirurgie à la demande préconisée par notre maître le professeur Sébilleau, ne semble plus suffisante dans les cas d'épithélioma cylindrique. Ce

qui, en effet, dans les autres variétés d'épithélioma, en fait l'intérêt, c'est la possibilité de la limiter au déblaiement des tissus néoplasiques qui sous l'influence d'une application isolée de radium se sphacéleraient inéluctablement, entraînant des accidents sérieux d'infection secondaire et surtout de résorption.

En pratique, on tâche cependant de dépasser le plus possible les lésions, d'aller jusqu'à leur limite extrême. C'est la méthode à peu près systématiquement pratiquée depuis qu'elle a été décrite par le professeur Sébilleau : nous l'avons vu appliquer maintes fois avec d'aussi bons résultats qu'on en peut souhaiter actuellement dans ces cas, tant dans son service que dans celui du professeur Lemaitre, et nous avons eu plus d'une fois l'occasion de l'utiliser nous-même dans le Service du professeur Sébilleau. Seulement, ce qui permet à cette chirurgie de donner ces résultats tout en restant relativement limitée, c'est l'adjonction systématique du radium à la fin de la séance opératoire. Doses massives dans un temps court de quelques jours ou doses moyennes plus prolongées, c'est affaire de préférences ou de conception.

Or, l'intérêt de cette association du radium à la chirurgie qui le devance et fait son lit paraît s'effacer devant la variété maligne d'épithélioma qui nous occupe.

III. — EXPOSÉ DES RAISONS QUI SEMBLENT DEVOIR FAIRE
PRÉFÉRER LE RETOUR A LA RÉSECTION TYPIQUE DU MAXIL-
LAIRE SUPÉRIEUR DANS LES ÉPITHÉLIOMAS CYLINDRIQUES,
ET DISCUSSION.

Dans les épithéliomas cylindriques du maxillaire supérieur en effet, il semble déjà théoriquement et si l'on raisonne par analogie avec les épithéliomas cylindriques en général, que le complexe thérapeutique : chirurgie à la demande associée au radium, n'autorise pas les mêmes espoirs que dans les autres variétés d'épithélioma.

L'expérience semble avoir nettement confirmé ce fait si l'on s'en rapporte aux travaux que nous avons cités et qui s'accordent pour attribuer à cette variété cylindrique le coefficient maximum de malignité. Force est donc, semble-t-il, de s'entourer du maximum de sécurité en face de ces tumeurs. Aussi, notre maître le Professeur Lemaître en est-il venu à l'idée de leur appliquer dans les cas qui ne sont pas par trop défavorables une chirurgie large allant très au delà des lésions, avec tendance même à pratiquer la résection typique du maxillaire à peu près systématiquement.

Et il semble d'ailleurs que dans les cas bien limités au sinus maxillaire ou n'ayant effondré que la partie basse de la paroi externe des fosses nasales (méat inférieur par exemple) ou encore seulement

le plancher de l'orbitre sans atteinte de l'ethmoïde. une intervention radicale, complète, comme la résection typique du maxillaire supérieur soit peut-être l'opération idéale.

Et cela rappelle ce que disaient à propos des épithéliomas du maxillaire supérieur en général, bien avant l'ère de l'association radium-chirurgie, Jacques et Gaudin, au Congrès de laryngologie de 1907 : « les tumeurs bien limitées au sinus tirent un gros bénéfice de la résection totale classique : enlever en bloc contenu et contenant avec le minimum de contact avec la tumeur, par conséquent, offrir le minimum de chances d'inoculation ou de greffes » tout ceci semble devoir s'appliquer à ces cas radio-résistants.

Evidemment c'est là chose discutable à certains points de vue et nous ne pouvons nous baser sur un assez grand nombre de cas pour en tirer des conclusions définitives.

Cependant, en présence d'une tumeur aussi grave de par sa nature, quels risques court le malade si l'on se décide à pratiquer une résection typique ?

Il risque perdre l'esthétique du visage ; du fait de la suppression du rebord alvéolaire supérieur et d'une partie de la voûte palatine, il peut présenter des troubles de la mastication et une communication naso-buccale gênante ; la gêne oculaire peut aller parfois jusqu'à la chute du globe.

Et quand bien même cela serait, si cette interven-

tion large pour une tumeur encore limitée permettait de le guérir ou tout au moins de lui donner une longue survie ?

D'ailleurs tous ces gros délabrements sont moins redoutables en réalité qu'on ne le pense de prime abord : témoins, un certain nombre de résections typiques que nous avons vu pratiquer pour indications d'un autre ordre chez des malades qui supportent, on pourrait presque dire allègrement, leur infirmité, réduite il est vrai au minimum par le port d'appareils de prothèse.

En effet, grâce aux progrès réalisés par la prothèse, la plupart de ces délabrements sont très réparables : l'esthétique est alors peu troublée, la chute de l'œil est évitée, la communication nasobuccale elle-même supprimée par le port d'un appareil. Et le shock moral lui-même n'a qu'une durée limitée, celle de la phase de réparation.

Ce ne sont donc pas ces inconvénients qui nous arrêteront dans les indications d'une résection typique du maxillaire supérieur. Ce qui pourrait les faire discuter, c'est plutôt le cas trop fréquent où l'épithélioma a dépassé le cadre osseux du sinus et surtout envahi la partie haute des fosses nasales, en particulier l'ethmoïde. Alors l'intervention radicale que constitue la résection typique perd de son intérêt et comme Cornet le fait remarquer dans sa thèse : la prise de l'ethmoïde toujours grave, fait que, malgré la résection typique du maxillaire supérieur pratiquée en tissu sain, le nettoyage de l'ethmoïde

obligera à passer en tissu malade et la récidive sera à peu près certaine.

Mais au fond court-on quelque danger à pratiquer la résection typique alors que l'épithélioma gagne l'ethmoïde ? Il est bien certain que non et même dans le cas d'épithélioma cylindrique il n'y aurait que des avantages.

La seule critique qu'on puisse faire dans ce cas, c'est qu'on risque d'exécuter une intervention inutile. Cependant, ne vaut-il pas mieux la tenter au cas où par hasard on tomberait sur un ethmoïde très incomplètement pris ou même, fait évidemment plus rare, sur un ethmoïde non intéressé contrairement à ce que semblait indiquer la radiographie (on sait en effet qu'une simple infection ou des phénomènes de rétention dans l'ethmoïde se traduisent en grisaille sur le cliché sans qu'on puisse conclure forcément de cet aspect à l'envahissement par l'épithélioma).

Indépendamment de ces cas, rares d'ailleurs, une résection typique peut présenter l'avantage sur une résection à la demande qu'on est obligé de totaliser en cours d'intervention, d'être plus rapide, partant moins hémorragique, plus propre, réduisant les chances de greffes au minimum sans être plus shockante.

Malheureusement on sait trop, dans les cas qui affectent l'ethmoïde (sachant que l'intervention ne peut tirer aucun bénéfice d'une pose secondaire de radium), quels peuvent être les résultats ultérieurs.

Aussi, peu importe peut-être dans ces cas trop avancés la nature de l'opération : une seule remarque paraît devoir être faite, c'est que en pareils cas les sacrifices osseux ne comptent guère et qu'une seule chose importe, c'est de faire le maximum pour donner au malade le plus de chances de survie sinon de guérison, mais cela non sans avoir pesé les avantages et les inconvénients d'une intervention, les risques possibles et si le cas vaut qu'on la tente.

En résumé : Ainsi en présence de ces tumeurs reconnues radium résistantes une seule ressource reste, c'est la chirurgie élargie et de préférence la résection typique du maxillaire supérieur. Il semble qu'elle doive donner ses meilleurs résultats dans les formes encore limitées au sinus ou ne débordant le maxillaire qu'aux points les moins dangereux.

Avant de terminer ces considérations sur le traitement, nous ne pouvons passer sous silence les essais de diathermo-coagulation qui ont été tentés pour parfaire une intervention incomplète sur les épithéliomas du maxillaire supérieur. Les résultats sont dans l'ensemble peu encourageants, surtout si on les compare à l'action du radium combiné à la chirurgie. Cependant, peut-être serait-il intéressant dans ces cas d'épithéliomas radio-résistants de tenter de détruire en fin d'opération les points douteux, mais en ayant soin d'agir très prudemment au niveau du plafond de l'ethmoïde ?

Réflexions sur l'intervention et sur ses suites.

Nous ne pouvons aborder ainsi le problème du traitement qu'il faut opposer à ces tumeurs sans être amené du même coup à faire quelques remarques au sujet de la technique.

Si dans quelques cas d'épithéliomas épidermoïdes du maxillaire on a utilisé l'anesthésie locale plus exsangue et moins shockante peut-être, il semble que l'anesthésie générale doive être systématiquement employée dans le cas qui nous occupe et pour lequel il faut une résection large, voire une résection totale typique du maxillaire supérieur :

Seul l'état général ou l'âge du malade pourraient y faire renoncer ; mais alors que pourrait-on espérer d'une intervention pratiquée dans de telles conditions, sur un tel terrain, sur une tumeur qui est alors généralement beaucoup trop étendue et contre laquelle en outre on ne peut espérer aucun secours du radium.

Donc, en règle, l'anesthésie générale est la seule recommandable. Elle permet d'aller vite et de faire plus facilement une opération complète.

D'ailleurs la pipe de Delbet avec le tamponnement serré du pharynx facilite singulièrement l'anesthésie. Cependant, comme du fait du tamponnement elle peut gêner pour la résection totale du maxillaire lorsqu'on aborde la voûte palatine, mieux vaut utiliser la sonde nasale avec insufflation chloroformique au moteur si possible et avec aspiration, méthode habituellement utilisée par le Professeur Lemaître, ou bien encore la trachéotomie inter-crico-thyroïdienne avec anesthésie par la canule et tamponnement du pharynx sur le compte de laquelle on a pu mettre parfois l'éclosion d'accidents pulmonaires secondaires.

Quant à l'intervention elle-même, elle comporte une indication majeure :

Aller vite et faire un acte aussi complet que possible.

Il faut en outre avoir soin en incisant la peau de protéger autant qu'on le peut les lèvres cutanées pour éviter les greffes, d'autant que dans la variété d'épithélioma cylindrique elles ont, de par la forme histologique, une certaine tendance à éclore et qu'on ne peut les prévenir par l'usage des radiations.

D'autre part, lors de la séparation des tissus mous de la surface maxillaire, il faut avoir soin au cas d'infiltration épithéliomateuse de ces tissus, surtout si celle-ci est encore limitée, de passer à distance de la tumeur, en tissu sain si possible ; et, si l'on pénètre parfois dans les tissus atteints, il est préfé-

nable de changer d'instruments et de passer plus au large.

Reste alors à exécuter le temps osseux. Si l'on pratique la résection typique vers laquelle semblent devoir aller les préférences en matière d'épithélioma cylindrique, comme nous l'avons vu, il faut suivre la technique classique. Mais il faut savoir que parfois le maxillaire supérieur rendu friable par le processus épithéliomateux risque de s'écraser sous les mors du davier de Farabeuf lors du dernier temps de l'intervention. D'où la nécessité de supprimer aussi complètement que possible les dernières attaches osseuses afin de réduire au minimum les efforts de traction et de torsion.

Quant à l'hémorragie qui survient généralement en fin d'opération par lésion de la maxillaire interne, une pince suffit pour l'arrêter ; il est d'ailleurs possible de laisser celle-ci au besoin, puisque, n'utilisant pas le radium, on n'a pas à craindre les radiations secondaires.

En ce qui concerne le temps ethmoïdal, nous n'ajouterons rien aux techniques étudiées si ce n'est qu'il doit être ici aussi complet que possible.

A la fin de l'intervention, certains appliquent une prothèse immédiate en caoutchouc très souple, munie d'un ballon qu'on peut gonfler à volonté et cela dans le but de remplacer la mèche dans la cavité créée par l'ablation du maxillaire supérieur ; cette précaution, qui nous paraît inutile, éviterait les inconvénients dus à la chute de la mèche dans la

cavité buccale; fait assez rare d'ailleurs, car une mèche bien tassée tient aisément jusqu'à son ablation.

Si l'on ne pouvait se résoudre à faire une résection totale et que l'on parte avec l'idée de faire une résection atypique élargie, il faudrait faire une résection très large en ne tenant compte des chevalets de la face que dans la mesure où, à ce niveau, l'os n'est pas envahi : car on sait l'inutilité du radium en temps que complément de l'acte opératoire en ce qui concerne les épithéliomas cylindriques. Et, en tous cas, il faut éviter le plus possible de faire de l'essaimage, ce qui paraît bien difficile et ce qui semble devoir contribuer à rendre la résection typique préférable.

Quel que soit d'ailleurs le mode d'intervention, résection totale typique ou résection atypique élargie, on n'a guère à redouter l'hémorragie qui n'est abondante qu'au début de l'intervention lors de l'incision des plans cutanés et lors du nettoyage de la tumeur (c'est un inconvénient que l'on évite au cours de la résection typique qui peut et doit être exécutée rapidement) pour cesser dès que la cavité est nette. Il est donc à peine besoin de discuter la ligature préventive de la carotide externe à laquelle on n'a habituellement nul besoin de recourir, pas plus que la ligature temporaire préconisée par quelques-uns. On n'est généralement amené à pratiquer cette ligature que secondairement, en cas de récurrence et d'extension vers la région ptérygoïdienne ou dans les cas trop étendus, inopérables et saignants.

Il nous reste à envisager les suites opératoires.

Rien ne distingue dans les suites opératoires immédiates la résection typique de la résection partielle : celle-là ne s'accompagne d'aucun schock opératoire important (on sait d'ailleurs comment sont remarquablement bien supportés les gros délabrements opératoires de la face), elle ne demande pas davantage de soins locaux.

Par contre, l'application d'un appareil prothétique devient indispensable.

Mais, à quel moment convient il de l'appliquer ? La prothèse immédiate utilisée par quelques-uns présente à côté des avantages que nous avons signalés plus haut celui de parer dans une certaine mesure à la rétraction des tissus, mais elle exige la prise des empreintes avant l'intervention et n'est d'ailleurs nullement indispensable. Il est même préférable de laisser pendant quelque temps la cavité bien exposée, ne fût-ce que pour les soins, sans parler de la surveillance.

Par contre, la cicatrisation une fois en bonne voie, c'est-à-dire au bout de trois semaines à un mois après l'opération, on peut appliquer un appareil de prothèse. Cette prothèse palliera aux troubles fonctionnels et esthétiques et grâce à la présence d'une sorte de ballon en caoutchouc très souple adapté à l'appareil et qu'on peut gonfler à volonté, il est possible de rendre à la joue sa plénitude et d'empêcher la chute de l'œil, ce que ne saurait toujours éviter une plastique par transposition

d'une bande du muscle temporal avec son implantation coronéenne. Il n'est d'ailleurs souvent pas besoin d'appareils aussi complexes pour remédier d'une façon très suffisante aux déformations.

La prothèse est bien supportée ; elle lutte efficacement contre les troubles de la mastication, ferme la large communication naso-buccale, empêche l'affaissement de la joue et la chute de l'œil, inconvénients qui avaient contribué à discréditer la résection totale du maxillaire supérieur ; mais elle ne semble nullement, comme on le craignait, déterminer des phénomènes d'irritation susceptibles de servir de point d'appel pour une récurrence.

Pronostic

Le pronostic des épithéliomas cylindriques du maxillaire supérieur est grave, comme, évidemment, celui de toute néoplasie : mais ce qui l'assombrit encore davantage, c'est la présence de deux facteurs :

Tout d'abord la variété histologique : il s'agit là d'une tumeur qui est histologiquement la plus grave des variétés d'épithélioma du maxillaire supérieur.

D'autre part l'insensibilité ou le peu de sensibilité de ces tumeurs vis-à-vis des radiations.

D'où l'impossibilité de compter sur une action quelconque du traitement radiumthérapique et la nécessité de se rabattre sur la chirurgie, et même, d'abandonner pour ces cas particuliers la chirurgie limitée ou mieux à la demande pour revenir à l'ancienne résection typique du maxillaire supérieur.

Celle-ci ne présente pas au point de vue vital de danger particulier si elle est correctement exécutée, elle doit être rapide, partant peu hémorragique et peu shockante. Au point de vue fonctionnel, on a pu formuler quelques critiques qui tombent devant

la gravité exceptionnelle de ces cas où il ne faut pas hésiter à élargir l'opération, même au prix du sacrifice des chevalets de la face, sacrifice relativement limité, si l'on considère les résultats obtenus tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue esthétique par la prothèse qui a réalisé des progrès très sensibles dans ces dernières années. Cette résection typique donnera au malade les plus grandes chances de guérison ou tout au moins de survie quand ils'agira de lésion encore limitées, mais peut-être pourra-t-elle plus qu'une autre intervention diminuer les chances de récidives dans les cas plus avancés.

Sans parler même des cas avancés (vite rejoints d'ailleurs, quant à la gravité du pronostic, par les autres variétés d'épithéliomas quand ceux-ci ont dépassé les limites permettant d'espérer une action curative), le pronostic à distance de ces épithéliomas n'en reste pas moins très sombre, plus sombre que celui des autres types histologiques. Il ne peut être amélioré, pour le moment, que par un traitement recourant sans crainte aux solutions radicales, même et surtout, en présence de cas encore limités, c'est-à-dire de cas autorisant plus que tout autre l'espoir en la guérison.

Observations.

OBSERVATION I

(Observation du Service du Professeur Lemaître,
Archives du Service, 1931).

M. I... Epithélioma cylindrique du maxillaire supérieur avec peu d'atteinte de l'ethmoïde. Traité par la résection typique : novembre 1931.

Le début remonterait à un an et demi. Il est marqué par des phénomènes d'obstruction nasale gauche, par une lourdeur de l'hémiface de ce côté, mais il n'y a pas de douleur à proprement parler, ni d'hémorragie spontanée.

A la période déjà avancée à laquelle le malade se présente, on constate :

Un bon état général.

Des signes fonctionnels assez marqués parmi lesquels prédominent :

Des douleurs survenant par crises au niveau des dents et du rebord orbitaire inférieur gauche.

L'obstruction nasale.

De rares hémorragies, surtout causées par les traumatismes.

L'examen montre : un empâtement de la région canine

ou mieux une tuméfaction légère de la région du côté malade.

La rhinoscopie permet de constater : un bourgeon dans le méat moyen qui se développe vers la cloison ; il est difficile, de ce fait, de découvrir l'ensemble du méat, cependant, après rétraction de la muqueuse du cornet, il semble qu'il n'est pas entièrement obstrué.

L'examen pratiqué en vue de rechercher l'extension ne montre qu'un seul fait :

Le rebord orbitaire inférieur est mousse vers sa partie moyenne.

Ceci se révèle nettement sur le cliché qui montre en outre une opacité du sinus maxillaire gauche avec teinte en grisaille de l'ethmoïde et du sinus frontal de ce côté.

Deux biopsies pratiquées :

L'une sur le bourgeon ;

L'autre en vue de contrôler le premier résultat (en effondrant la paroi externe de la fosse nasale au niveau du méa inférieur) montrent toutes les deux :

« Epithélioma cylindrique typique. »

Intervention : Opérateur : Professeur Lemaitre.

Anesthésie : chloroforme à la sonde nasale et au moteur.

Résection typique du maxillaire.

L'ethmoïde semble présenter surtout des phénomènes de rétention : les cellules de même que l'entrée du canal nasofrontal laissent sourdre en effet une substance de consistance glaireuse : le bourgeon nasal aurait donc simplement effondré la paroi externe des fosses nasales ?

Au niveau de l'effraction du rebord orbitaire inférieur,

la graisse orbitaire formant coussinet protecteur n'est pas envahie.

Suites immédiates : Bonnes. Appareillage à la 4^e semaine très bien supporté.

Mais le malade est perdu de vue au 3^e mois.

Jusque-là aucune récidue.

L'examen histologique ultérieur de la pièce opératoire confirme les résultats des biopsies : « Epithélioma cylindrique pur. Index karyocinétique élevé. Pas d'éléments d'autre nature en aucun point. Inflammation secondaire ».

OBSERVATION II

M. A..., 64 ans ; profession : menuisier.

Epithélioma cylindrique du maxillaire supérieur avec atteinte de l'ethmoïde traité chirurgicalement par résection typique du maxillaire.

Ce malade entre à l'Hôpital Lariboisière (Pavillon Isambert) le 26 juin 1932 pour obstruction de la fosse nasale droite.

Le début, aux dires du malade, remonterait à deux ans. Il éprouvait déjà une gêne respiratoire au niveau de la fosse nasale droite et des phénomènes semblant en rapport avec une rhinite purulente.

Il y a un an, il a été traité par un spécialiste pour un polype de la fosse nasale droite : mais deux caractères particuliers doivent être notés : ce polype s'accompagnait de douleurs, de pesanteur plutôt, au niveau de la joue droite et lors de l'ablation, il a saigné d'une façon suffisamment abondante pour gêner l'intervention.

Actuellement : du point de vue clinique on note :

Une gêne fonctionnelle marquée du côté droit se traduisant par :

Une obstruction de la fosse nasale de ce côté.

Des phénomènes de rétention, écoulement de muco-pus dans le pharynx.

Une légère douleur persistante au niveau de la région canine et orbitaire droite avec parfois phénomènes de type plus ou moins névralgique.

Mais pas d'hémorragie spontanée.

L'état général est parfait.

A l'examen on constate : une légère tuméfaction jugale du côté droit avec léger empâtement du vestibule buccal qui semble comme élargi.

A la rhinoscopie antérieure on trouve :

Un gros bourgeon faisant saillie au niveau du méat moyen et venant s'appliquer contre la cloison.

La paroi externe des fosses nasales refoulée en dedans diminue le champ.

Au stylet, ce bourgeon saigne facilement, ce qui contraste assez avec l'absence totale d'hémorragie spontanée ; il paraît dur, bien que moins consistant par places.

A la rhinoscopie postérieure on ne trouve rien, sinon un peu de pus sur la queue du cornet inférieur.

En poussant l'examen pour apprécier l'extension, on ne trouve rien de particulier :

Le rebord osseux inférieur de l'orbite est net, bien tranchant.

La cavité buccale ne présente rien d'anormal si ce n'est la modification notée au niveau du vestibule gingivo-jugal.

Il n'y a pas de ganglions, ce qui d'ailleurs ne saurait étonner.

La transillumination montre une obscurité marquée du sinus maxillaire droit.

La radiographie montre : une opacité du sinus maxillaire.

L'ethmoïde apparaît en grisaille, mais cependant l'ethmoïde postérieur ne tranche pas nettement.

Enfin on ne remarque nulle effraction du cadre osseux du sinus.

A côté de cet examen, on relève que ce malade a eu :

Une cataracte il y a trois ans opérée par le D^r Poulard.

Un W. négatif.

Rien à signaler par ailleurs.

Deux biopsies pré-opératoires ont été pratiquées :

La première le 28 juin 1932 : elle note « épithélioma cylindrique papillaire végétant. Index karyocinétique élevé. Mitoses anormales. Inflammation secondaire aiguë » (D^r Ardoin.)

La deuxième le 6 juillet 1932 : confirme les résultats de la première, bien que la prise ait été plus profonde, tout contre la paroi externe de la fosse nasale.

Vu la prédominance évidente des lésions au niveau du sinus maxillaire, autant qu'on en puisse juger à la suite de ces examens, on se décide à faire une résection typique puisqu'il semble s'agir d'épithélioma cylindrique pur, quitte à vérifier le résultat histologique sur la pièce opératoire.

Opération le 9 juillet 1932 : opérateur : D^r Rémy Nérès.
Anesthésie générale (sonde nasale : chloroforme), aspiration.

Résection typique du maxillaire supérieur :

A noter la friabilité du maxillaire qui aurait tendance à s'écraser sous les mors du davier de Farabeuf si l'on ne prenait les précautions voulues.

A noter aussi une atteinte de l'ethmoïde, plus marquée qu'on ne l'aurait pensé cliniquement, mais laissant absolument intacte la lame des cornets.

Suites immédiates : opération très bien supportée. Pas de shock appréciable. Pas de température.

Détamponnement au 3^e jour.

Au bout du 15^e jour, la cavité commence à avoir des parois propres, lisses, régulières, si bien qu'on envisage la pose d'un appareil de prothèse d'ici peu.

L'examen histologique de la pièce opératoire confirme en tous points les résultats des biopsies pré-opératoires :

Au faible grossissement, les différents fragments apparaissent hérissés de villosités hautes et très serrées les unes contre les autres.

Les végétations sont formées par des axes conjonctivo-vasculaires très saillants, irrégulièrement ramifiés et implantés sur la surface du tissu profond par un pédicule plus ou moins étroit.

L'épithélium est de type cylindrique stratifié, avec hautes cellules reposant souvent sur une basale. Par ailleurs, rupture et effraction de la basale et dissémination des cellules à l'intérieur de l'axe conjonctivo-vasculaire.

Les noyaux sont riches en chromatine ; nombreuses formes de dégénérescences et d'anomalies portant sur le noyau.

Les tubes cylindriques sont coupés sous les incidences les plus variées.

L'épithélium, bien que très altéré par endroits par le processus épithéliomateux, reste partout cylindrique, avec différenciation bien précise.

Dans la profondeur, les cellules cylindriques revêtant sur plusieurs couches les cavités ou tubes néoformés, s'allongent démesurément.

Des cellules globuleuses vers l'apex sont notées avec toujours index karyocinétique élevé.

Certaines cellules desquamées sont restées à l'intérieur de la cavité.

La zone centrale de la pièce est envahie par la nécrose fibrinoïde.

Vascularisation intense, avec nombreux polynucléaires et hématies.

Conclusions : Epithélioma cylindrique papillaire végétant sans caractères métaplasiques.

OBSERVATION III

(Observation communiquée par le Dr Maduro.)

Mme X... Epithélioma cylindrique du maxillaire supérieur avec atteinte de l'ethmoïde.

Traitée par résection atypique du maxillaire complétée par radiumthérapie.

Le début remonte à plusieurs mois, mais ne se précise bien pour la malade qu'à l'apparition d'épistaxis.

Progressivement s'accusent la gêne respiratoire nasale et

des douleurs vaguement du type névralgique au niveau du maxillaire.

Lorsque la malade consulte, on note un léger empâtement des tissus profonds de la joue.

La rhinoscopie montre un bourgeon dans la fosse nasale droite qui saigne facilement.

La radiographie montre, après la diaphanoscopie, une opacité du sinus maxillaire et en outre la prise de l'ethmoïde sans qu'on note rien d'anormal par ailleurs.

La biopsie pratiquée montre un épithélioma cylindrique.

On se résoud cependant à pratiquer pour plus de sécurité le traitement habituel des épithéliomas du maxillaire supérieur.

Intervention : D^r Maduro.

Résection atypique du maxillaire supérieur, mais très étendue.

Curettage de l'ethmoïde qui est envahi.

On complète l'intervention par une pose de radium.

Suites immédiates : bonnes.

Mais, six mois après, alors que persiste la guérison clinique, la malade succombait à une affection aiguë.

L'examen histologique pratiqué sur les différents points de la pièce opératoire montre un « épithélioma cylindrique mais avec association d'épithélioma glandulaire atypique ».
(D^r Ardoin).

REMARQUE.

Telles sont les quelques observations que nous avons recueillies concernant les épithéliomas cylindriques du maxillaire supérieur ou à prédominance nette sur le maxillaire.

Elles montrent que, s'il s'agit là de tumeurs très rares, on peut toutefois être appelé à en rencontrer.

Si nous nous sommes quelque peu attardés à la deuxième observation, toute récente, trop récente même, c'est qu'elle nous a justement engagé à envisager la question sous l'angle de l'actualité, d'autant que nous avons par ailleurs tout loisir et toute facilité pour suivre de près le malade.

Les autres n'en sont pas moins intéressantes surtout l'une, du fait de la localisation nettement sinu-sienne ou en tout cas maxillaire de la tumeur, ce qui est chose, on peut le dire, exceptionnelle.

Quant aux conclusions auxquelles nous sommes parvenus, nous n'avons nullement l'intention de leur donner un caractère définitif : elles découlent d'ailleurs moins peut-être de nos observations, trop peu nombreuses et manquant de recul, ou de celles que nous avons eu l'occasion d'étudier, que des conceptions actuelles des radiumthérapeutes et des chirurgiens dont elles reflètent en quelque sorte l'état d'esprit en face du problème que nous envisageons.

Conclusions

L'épithélioma cylindrique du maxillaire supérieur, forme histologique très spéciale, tire son intérêt :

De sa rareté, en tant qu'épithélioma cylindrique pur.

Du traitement particulier dont il semble devoir relever.

Histologiquement, il est caractérisé par la présence en tout point d'un épithélium de revêtement cylindrique sans qu'aucun caractère métaplasique malpighien vienne troubler l'aspect des coupes, quel que soit le point où celles-ci aient été pratiquées.

Cliniquement, rien ne les différencie des autres variétés d'épithélioma du maxillaire supérieur, ni au point de vue de la symptomatologie, ni au point de vue de l'évolution.

En ce qui concerne le diagnostic, il est impossible de mettre une étiquette clinique sur ces épithéliomas :

C'est un diagnostic uniquement histologique. Mais, la rareté de ces tumeurs fait qu'on ne saurait

s'entourer de trop de précautions avant d'affirmer, à la lecture d'une coupe, qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique du maxillaire supérieur et d'un épithélioma cylindrique pur.

D'où, avant de conclure, la nécessité de pratiquer plusieurs biopsies, au besoin en plein sinus, et de confirmer ces premiers résultats par des coupes en série sur la pièce opératoire.

En effet, conclure trop rapidement de la constatation sur une coupe d'un épithélioma d'aspect cylindrique au diagnostic histologique de la variété serait s'exposer à méconnaître des formes assez fréquemment rencontrées : il s'agit de formes mixtes, formes de transition, où, à côté de zones présentant l'aspect typique d'épithélioma cylindrique pur (zones distribuées en îlots ou s'étendant parfois à tout un secteur de la tumeur) on découvre des zones de transformation épidermoïde.

Quant au traitement qu'il faut appliquer à ces épithéliomas cylindriques du maxillaire supérieur, il est impossible de conclure sans formuler quelques réserves vu la rareté des cas sur lesquels on peut s'appuyer.

On s'accorde en tout cas pour reconnaître que les épithéliomas cylindriques sont radiumrésistants.

Quel traitement peut-on alors leur opposer ?

Vu l'impossibilité de compter actuellement sur les agents physiques pour combattre ces tumeurs, un seul traitement semble indiqué : c'est un traite-

ment chirurgical large, pouvant aller de la résection atypique très élargie à la résection totale typique du maxillaire supérieur.

Celle-ci semblerait devoir donner ses meilleurs résultats dans les formes encore assez limitées, ne débordant pas le maxillaire ou ne le débordant qu'aux zones relativement peu dangereuses.

L'atteinte de l'éthmoïde, malheureusement trop fréquente, enlève peut-être à cette opération une partie de l'intérêt qu'elle semble présenter dans le traitement des épithéliomas cylindriques du maxillaire supérieur.

C'est cette considération et non celle des troubles fonctionnels et esthétiques, relativement réparables grâce à une prothèse appropriée, qui peut faire discuter la valeur d'une exérèse totale typique du maxillaire supérieur.

Le pronostic de ces épithéliomas cylindriques est particulièrement grave, plus sombre certainement que celui des autres variétés.

Cela tient à deux facteurs :

Ce sont des tumeurs qui se trouvent histologiquement au sommet de l'échelle de malignité croissante des épithéliomas du maxillaire supérieur.

Ce sont des tumeurs insensibles ou très peu sensibles au radium : on ne peut donc espérer, en ce qui les concerne, tirer de l'association chirurgie-curie-thérapie des bénéfices, même de loin comparables à ceux qu'en retirent les autres variétés d'épithéliomas.

Il semble, par suite, qu'on ne puisse leur opposer actuellement qu'une chirurgie large, peu shockante par elle-même, mais dont on connaît trop les aléas en matière d'épithélioma.

Vu : le Président de la thèse,
F. LEMAITRE.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE
des épithéliomas cylindriques
du maxillaire supérieur.

- Aubin.* — Biopsie clinique en oto-rhino-laryngologie. Paris, 1924.
- Aubry.* — Tumeur mixte de l'ethmoïde (Annales des maladies de l'oreille, 1930, p. 453).
- Caxtex et Rabe.* — Contribution à l'étude histologique des tumeurs malignes du sinus maxillaire (Bulletin de laryngologie, 1^{er} juillet 1907).
- Connet.* — La résection à la demande dans les tumeurs du massif facial supérieur. Thèse Paris, 1924.
- Frendenthal.* — Epithélioma cylindrique du sinus maxillaire (New-York Acad. of Medec., 260 et 1910 ; The laryngoscope, février 1911).
- Hautant.* — Traitement des épithéliomas du maxillaire supérieur d'après les travaux récents (Annales des maladies de l'oreille, 1928, n° 8).
- Epithélioma du sinus maxillaire à évolution lente (Annales des maladies de l'oreille, 1930, n° 3).
- Institut du radium.* — Traitement des tumeurs malignes du sinus maxillaire, etc. (Annales otology., t. XXXVII, n° 3).
- Jacques et Gaudier.* — Diagnostic et traitement des tumeurs malignes primitives du sinus maxillaire (Revue hebdomadaire de laryng., n° 2, 8 juin 1907 ; Annales des maladies de l'oreille, juillet 1907).

- Johnson.* — Carcinome du sinus maxillaire avec destruction des parois osseuses (2 cas) (Bull. m. Hosp. New-York, janvier 1930, n° 1, p. 6).
- Lemattre (F.).* — Les épithéliomas (Archives Intern. O.-R.-L., t. II, nov. 1923).
- Magnotti.* — Histology cases (Archives ital. d'otol., déc. 1929, 747-760).
- Ombrédanne.* — Tumeur du maxillaire supérieur (Annales, 1930).
- Pavlosky.* — Epithélioma atypique du maxillaire supérieur (Rev. Chirurgia español, vol. VII, p. 566-572).
- Portmann et Retrouvey.* — Epithélioma du nez, des fosses nasales, des cavités accessoires et du naso-pharynx. Doin, 1927.
- Sharp.* — Carcinome primitif du sinus maxillaire (Bull. memorial Hosp. N.-York, janv. 1930, n° 1, p. 13-14).
- Stone.* — Carcinome primitif du sinus maxillaire (J. Indiana M. A., 1930, 23, p. 315).
- Thompson.* — Malignant epi. of antrum (Annals O.-R.-L., p. 715, XXXVI).
- Verger.* — Le traitement des épithéliomas du maxillaire supérieur par l'association chirurgie curiethérapie. Thèse Paris, 1925 (Annales O.-R.-L., nov. 1925).
- Wojeiechowski et Brennejsen.* — La question des tumeurs maxillaires (Przegl. dent., Varsovie, 1927, n° 4, p. 73).

